

Подколзіна М. В., Куриленко Ю. Є., Чорнорук В. В.

Кафедра організації та економіки фармації

marysea2006@ukr.net

Інфаркт міокарда (ІМ) – це вогнищевий некроз серцевого м'яза внаслідок гострого порушення коронарного кровообігу. Згідно з даними ЕКГ, діагностують великовогнищевий (трансмуральний) і дрібновогнищевий (субендокардіальний, інтрамуральний) ІМ. При трансмуральному інфаркті міокарда розвивається некроз основної маси ішемізованого міокарда. При дрібновогнищевому ІМ більша частина ішемізованих кардіоміоцитів залишається життєздатною, тобто виникає невідповідність між патогістологічними і ЕКГ-даними. У зв'язку з цим в останні роки застосовують такі терміни, як «ІМ із зубцем Q» (великовогнищевий) і «ІМ без зубця Q» (дрібновогнищевий). Якщо новий некроз міокарда розвивається протягом перших 28 днів від початку гострого ІМ, то такий інфаркт міокарда називається рецидивуючим. Через 28 днів від початку хвороби діагноз інфаркт міокарда заміняють на «післяінфарктний кардіосклероз».

і концентрації катехоламінів. Згідно з динамічними змінами на ЕКГ, розрізняють такі стадії гострого ІМ:

I. Стадія пошкодження (найгостріша) – від початку підйому сегмента ST до формування патологічного зубця Q.

II. Гостра стадія – наявність зубця Q, підйом ST і злиття його з зубцем T.

III. Підгостра стадія – наявність зубця Q, повернення ST на ізолінію, негативний, «коронарний» T.

IV. Рубцева стадія – наявність зубця Q з позитивним зубцем T.

У класичних випадках патологічний Q і підйом ST з'являються через 30 хв від початку ішемічного нападу і можуть зберігатись протягом кількох діб з наступним зниженням. Описані вище зміни не завжди відповідають динаміці патологічного процесу. При гострій аневризмі ЛШ підйом ST зберігається місяцями. Інколи зубець T повертається до нормальної форми через кілька місяців. Єдиною ознакою перенесеного ІМ в пізні строки залишається зубець Q.

Згідно з ЕКГ-ознаками гострого ІМ із зубцем Q виділяють такі основні локалізації:

- 1) передній ІМ – наявність Q або QS в V1-V4;
- 2) нижній (задньо-діафрагмальний) – наявність Q або QS у II, III і AVF відведеннях;
- 3) боковий – наявність Q або QS у I, AVL, V5-V6 відведеннях;
- 4) задній (задньо-базальний, дорзальний) – реципрокні зміни ЕКГ у V1-V2, відведеннях.

Всі інші назви локалізації ІМ є похідними від вищезгаданих.

Для інфаркту міокарда без зубця Q характерні такі ж клінічні симптоми і ферментні зміни, як при великовогнищевому ІМ, але без зубця Q на ЕКГ. Частота його складає 20-40 % всіх випадків. При «ІМ без Q» мають місце або спонтанне відновлення перфузії, або добре розвинені колатералі. Оскільки розміри його менші, то і функція ЛШ порушується незначно, а звідси і госпітальна летальність нижча. ІМ без зубця Q є «незавершеним» процесом, у таких хворих частіше бувають повторні ІМ і РКС. Через 1-3 роки загальна летальність як при ІМ із зубцем Q, так і при інфаркті міокарда без Q однакова.

В перші хвилини розвитку єдиною ознакою на ЕКГ можуть бути високі гострокінцеві зубці T. Для уточнення діагнозу необхідно повторити ЕКГ через 20-30 хв. Підйом сегмента ST при ІМ без Q буває в AVR з реципрокними змінами у AVL, AVF, V1-V6 із поступовим поверненням до ізолінії. Зміни на ЕКГ при дрібновогнищевому інфаркті міокарда не відображають повністю локалізацію патологічного процесу в міокарді.

Безбольові форми гострого інфаркту міокарда бувають у людей похилого віку, при цукровому діабеті, після оперативних втручань, при наркотичному або алкогольному сп'янінні. При детальному опитуванні хворих нерідко вдається з'ясувати, що у них були явища дискомфорту (задишка, пітливість, синкопальний стан, запаморочення, парези), якому вони не приділили особливої уваги. Діагноз безбольового інфаркту міокарда встановлюють або на основі ЕКГ-ознак, або під час секції.

За даними медичної статистики у 20 % хворих діагностика гострого ІМ затруднена через відсутність больового синдрому або атипову клініку. У перші години і дні гострого інфаркту міокарда фізикальне обстеження мало допомагає в діагностиці. Хворий може бути блідим, покритий потом, у багатьох випадках діагностують синусову тахікардію, різні розлади ритму, значно рідше – брадикардію або брадиаритмію з неповною або повною попереочною блокадою. При розвитку гострої лівошлуночкової недостатності відмічається задишка, вислуховуються вологі хрипи в легенях, глухі тони серця, ритм галопу. У частини хворих з'являється гарячка, яка може зберігатись протягом тижня. Артеріальний тиск буває як підвищеним, так і зниженим, але частіше вже протягом першої доби він нижчий за початковий. Досить часто вислуховують шум тертя перикарда, який є проявом епістенокардитичного

перикардиту. При ішемічній дисфункції папілярного м'яза або надриві стулки з'являється звук недостатності мітрального клапана.

Аналіз асортименту ЛЗ, що застосовують на догоспітальному та госпітальному етапах лікування гострого інфаркту міокарда було проведено на основі рекомендацій Уніфікованого клінічного протоколу екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST», затвердженого наказом Міністерства охорони здоров'я України від 02.07.2014 № 455.

За результатами дослідження переліку ЛЗ, рекомендованих для лікування гострого ІМ на догоспітальному етапі (за умови потрапляння у стаціонар протягом 30 хвилин) виявлено чотири лікарські препарати з яких 2 ЛЗ відносяться до групи N02. Засоби, що діють на нервову систему. Анальгетики. (Морфіну гідрохлорид (Morphine), Ацетилсаліцилова кислота (Acetylsalicylic acid), 1 до групи B.01. Засоби, що впливають на систему крові та гемопоез. Антитромботичні засоби (Клопідогрель (Clopidogrel) та 1 до групи C01D. Засоби, що впливають на серцево судинну систему Вазодилататори, що застосовуються в кардіології (Нітрогліцерин (Nitroglycerin).

При дослідженні ЛЗ рекомендованих для лікування гострого ІМ на госпітальному етапі виявлено 12 препаратів, що відносяться до 4 груп за АТХ класифікацією лікарських засобів (рис. 1). Встановлено, що в структурі фармакотерапії переважають: засоби, що впливають на серцево судинну систему (група C) – 58 % а саме: Нітрогліцерин (Nitroglycerin), Спіронолактон (Spironolactone), Пропранолол (Propranolol), Валсартан (Valsartan), Аторвастатин (Atorvastatin), Розувастатин (Rosuvastatin), Метопролол (Metoprolol). Препарати груп N Засоби, що діють на нервову систему (Морфіну гідрохлорид (Morphine), Ацетилсаліцилова кислота (Acetylsalicylic acid) та B. Засоби, що впливають на систему крові та гемопоез (Еноксапарин (Enoxaparin), Клопідогрель (Clopidogrel) склали по 17 % та препарати групи V03A. Всі інші лікарські засоби (Кисень медичний газоподібний) 8% від досліджуваного асортименту ЛЗ.

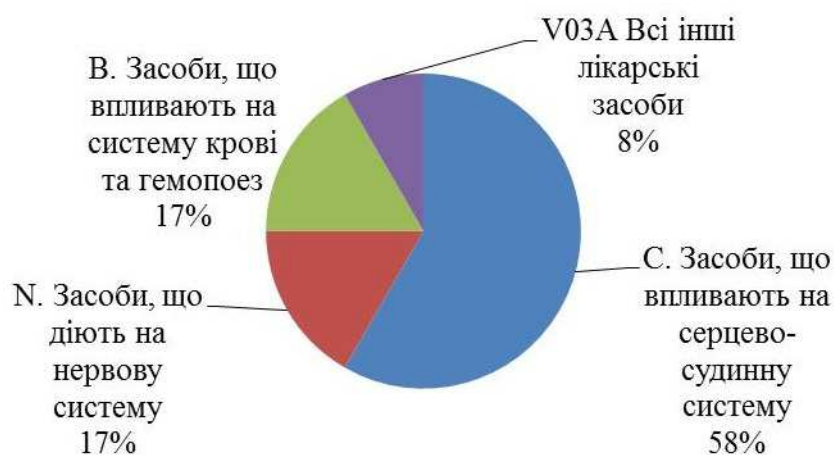


Рис. 1. Структурний аналіз асортименту ЛЗ для лікування гострого ІМ за АТХ групою

Література

1. Наказ МОЗ України 02.07.2014 № 455. «Уніфікований клінічний протокол екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги та медичної реабілітації. Гострий коронарний синдром з елевацією сегмента ST»